

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 63

HÉMATOMES DU SCROTUM

consécutifs à des interventions chirurgicales
sur la région inguino-scrotale

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 Janvier 1924

PAR

Pierre-Jean CASSAIGNE

Né à SAINT-JUSTIN (Landes), le 13 Juin 1896

Examineurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur	Président.
MOURE, professeur	
SABRAZES, professeur	Juges.
PAPIN, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRERES
8, Rue de Cursol, 8

1924

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 63

HÉMATOMES DU SCROTUM

consécutifs à des interventions chirurgicales
sur la région inguino-scrotale

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 Janvier 1924

PAR

Pierre-Jean CASSAIGNE

Né à SAINT-JUSTIN (Landes), le 13 Juin 1896

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		MOURE, professeur	<i>Juges.</i>
		SABRAZES, professeur	
		PAPIN, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES
8, Rue de Cursol, 8

1924

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON

R. UNIV.

BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PROFESSEURS :

MM.	MM.
Clinique médicale VERGER.	Clinique ophtalmologique.... LAGRANGE.
id. CASSAET.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie DENUCE.
Clinique chirurgicale CHAVANNAZ.	Clinique gynécologique..... BEGOUIN.
id. VILLAR.	Clinique médicale des mala- dies des enfants MOUSSOUS.
Pathologie et thérapeutique générales CRUCHET.	Chimie biologique et médicale DENIGES.
Clinique d'accouchements .. RIVIERE.	Physique pharmaceutique ... SIGALAS.
Anatomie pathologique et mi- croscopie clinique SABRAZES.	Médecine coloniale et clin.des maladies exotiques LE DANTEC.
Anatomie PICQUE.	Clinique des maladies cuta- nées et syphilitiques W.DUBREUILH.
Anatomie générale et histolo- gie G. DUBREUIL.	Pathologie externe et chirur- gie opérat. et expérimentale GUYOT.
Physiologie PACHON.	Clinique des maladies nerveu- ses et mentales ABADIE.
Hygiène AUCHE.	Clinique d'oto-rhino-laryngol. MOURE.
Médecine légale et déontolog. N.	Toxicologie et hygiène appli- quée BARTHE.
Physique biologique et cliniq. BERGONIE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie SELLIER
d'électricité médicale	
Chimie CHELLE.	
Botanique et matière médicale BEILLE.	
Pharmacie DUPOUY.	
Zoologie et parasitologie MANDOU.	
Médecine expérimentale FERRE.	

MM. PRINCETEAU (Anatomie — LABAT (Pharmacie)
CARLES (Thérapeutique et pharmacologie) — PETGES (Vénéréologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie et embryologie.... VILLEMIN.	Médecine générale MICHELEAU.
Histologie LACOSTE.	id. BONNIN.
Physiologie DELAUNAY.	Maladies mentales PERRENS.
Anatomie pathologique..... MURATET.	Médecine légale LANDE.
Parasitologie et sciences na- turelles R. SIGALAS.	Chirurgie générale ROCHER.
id. N.	id. DUVERGEY.
Physique biologique et médic. RECHOU.	id. PAPIN.
Chimie biolog. et médicale... HERVIEUX.	Obstétrique PERY.
Médecine générale MAURIAC.	id. FAUGERE.
id. LEURET.	Ophtalmologie TEULIERES.
id. DUPERIE.	Oto-rhino-laryngologie..... PORTMANN.
id. CREYX.	Pharmacie GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire CAVALIE	Démonstrations et prépara- tions pharmaceutiques ... LABAT.
Médecine opératoire N.	Chimie N.
Accouchements PERY	Pathologie interne N.
Ophtalmologie CABANNES.	Chimie analytique N.
Puériculture ANDERODIAS.	Hygiène appliquée N.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....	MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PÈRES

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je dédie cette thèse en témoignage de
mon affection et de ma reconnaissance
infinies.

A MA TRÈS CHÈRE SŒUR

A TOUS LES MIENS ET A TOUS MES AMIS

A MES CAMARADES MORTS POUR LA FRANCE

A MON CHER AMI JOSEPH DAVERAT

En souvenir des ans heureux vécus
ensemble.

A MES MAITRES
DE L'INSTITUTION NOTRE-DAME DE DAX

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT
PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXTERNE ET CHIRURGIE OPÉRATOIRE
ET EXPÉRIMENTALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE
ET DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Respectueux hommage.

INTRODUCTION

Nous avons l'intention d'étudier, dans notre thèse, l'hématome du scrotum qui succède parfois à des interventions chirurgicales sur la région inguinale et la région scrotale et dont il nous a été donné d'observer récemment deux cas dans les services de l'hôpital Saint-André : le premier après une opération de hernie inguinale, le second après une cure radicale de varicocèle.

Après un court historique de la question, nous indiquerons, dans un second chapitre, l'anatomie pathologique et la pathogénie de l'hématome post-opératoire.

Dans le chapitre III, nous citerons ces observations d'hématome après des opérations effectuées :

- Pour castration;

- Pour cure d'hydrocèle;

- Pour cure de varicocèle;

- Pour cure de hernie inguinale.

L'étude de la symptomatologie et du diagnostic feront l'objet du chapitre IV.

Enfin, dans le chapitre V, nous rechercherons l'évolution et le traitement de cette affection.

Mais, avant de commencer notre sujet, nous voulons profiter de l'occasion qui nous est offerte d'exprimer nos remerciements et de témoigner notre reconnaissance à tous nos professeurs de la Faculté de Bordeaux.

Nous tenons particulièrement à remercier Monsieur le Professeur Guyot pour la bienveillance dont il fit preuve à notre égard, en maintes circonstances, et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse, dont il nous a inspiré le sujet.

CHAPITRE PREMIER

Historique de l'Hématome du Scrotum

L'historique de l'hématome du scrotum se rattache à celui de l'hématocèle en général, mais si beaucoup d'auteurs ont étudié cette question, il en est peu qui en aient fait une affection spéciale et qui, en tout cas, l'aient étudiée en tant que complication d'une intervention chirurgicale.

A côté de cinq autres espèces de « hargnes » qui descendent dans le scrotum, Ambroise Paré distingue une « hargne » humorale ou « apostème engendré d'une ou plusieurs humeurs assemblées au scrotum ».

« Quelquefois, après l'extraction de la pierre, il descend du sang en grande quantité dedans le scrotum ; que si on n'y donne bon ordre et prompt, avec remèdes, consommants et desseichants, la partie se tourne en gangrène : ce qui se connaît en traitant la plaie. »

J.-L. Petit a observé toutes les formes de l'hématocèle pariétale, vaginale, funiculaire et testiculaire et, sans réunir sous un même chef toutes ces lésions, il en parle dans les différents articles qui se rapportent aux opérations pratiquées sur les bourses et les testicules.

Heister observe les différents épanchements de sang qui se font dans le scrotum et leur donne le nom d'hématocèle.

Percival Pott fait, pour la tumeur sanguine du scrotum,

un chapitre spécial de ses « Œuvres chirurgicales » et décrit un épanchement de sang qui a lieu dans la tunique vaginale, à la suite de la ponction de l'hydrocèle. En même temps, il reconnaît que le sang peut s'infiltrer dans les cellules du dartos.

Hunter parle, lui aussi, de l'hématocèle consécutive aux ponctions d'hydrocèle, mais il s'occupe surtout de l'hématocèle spontanée.

Bell dit que l'hématocèle est une tumeur du scrotum ou du cordon spermatique, produite par du sang extravasé. La tunique vaginale est le siège de ces tumeurs; elles sont très rarement situées dans le dartos.

Richerant, Velpeau, Cloquet, rapportent tous les trois des observations d'hématocèles pariétales et en indiquent qui ont succédé à des interventions chirurgicales.

Pelletan rapporte deux exemples d'hématomes, après des opérations de hernie.

Mahon définit l'hématocèle « une tumeur contre nature formée par la présence du sang épanché dans les cellules graisseuses de cette partie ».

Jamain étudie « l'hématocèle du scrotum » et en fait le sujet de sa thèse d'agrégation. Il en passe en revue les différentes formes cliniques et l'on trouve, dans son œuvre, quelques exemples d'hématomes qui ont suivi des ponctions d'hydrocèle.

Curling appelle « infiltration sanguine » l'hématocèle pariétale.

O. Lannelongue distingue deux espèces d'hématocèles : l'une, primitive ou traumatique, qui se traduit par l'infiltration ou l'épanchement; l'autre, consécutive ou spontanée, qui se traduit par un épanchement de sang dans une cavité bien limitée.

Kocher désigne l'hématocèle pariétale sous le nom d'hématome. Baseil, en 1890, fait une thèse très documentée sur l'hématome du scrotum. Il en expose tous les modes de formation et consacre un chapitre à l'étude de ceux qui ont

succédé à des opérations chirurgicales sur le périnée et la région inguino-scrotale.

Depuis lors, les auteurs et les praticiens indiquent de temps en temps, dans leurs travaux, l'apparition de cette complication, mais il ne semble pas que l'affection, en tant que complication d'une intervention chirurgicale, ait donné lieu jamais à un travail spécial tout entier consacré à elle.



CHAPITRE II

Pathologie et Anatomie Pathologique de l'hématome du Scrotum

La pathogénie de l'hématome du scrotum est des plus variées, mais celle de l'hématome post-opératoire, qui, seul, doit nous occuper, tient toute entière dans un défaut complet ou une insuffisance d'hémostase au cours d'une intervention sur la région inguinale ou scrotale.

Cette raison capitale est, d'ailleurs, favorisée par quelques particularités propres à cette région.

Les bourses et les organes qu'elles renferment sont, en vaisseaux, d'une richesse considérable.

Outre les veines et les artères superficielles de la couche celluleuse, entre la peau et la tunique fibreuse, on y rencontre des veinules et artérioles contenues, en grand nombre, dans les parties externes de cette même tunique fibreuse.

Nous y trouvons enfin les vaisseaux du cordon, ceux de la vaginale, du testicule et de l'épididyme. Tous peuvent être mis en cause et devenir le point de départ d'une hémorragie ou d'un suintement sanguin qui, se produisant à l'intérieur des bourses, aboutit à la formation d'un hématome.

L'hémostase parfaite est particulièrement difficile à réaliser dans cette région, et, pour peu que l'opération ait été longue et difficile, chez certains sujets hémophiles, destinés à saigner facilement et longtemps, une hémorragie en nappe peut ne pas se produire sous les yeux de l'opérateur mais

survenir plus tard, devenant ainsi la source de l'infiltration et de la collection sanguine.

De plus, les divers plans qui constituent les bourses sont d'une laxité extrême; le tissu cellulaire interposé entre eux est particulièrement fin. Ces deux conditions sont favorables pour que le sang extravasé se répande dans toutes les couches, s'infilte dans les mailles des divers tissus ou se collecte en quelque point, sans que soit favorisé par rien l'arrêt de l'hémorragie.

Cet épanchement sanguin peut occuper, dans les bourses, quatre localisations différentes.

Le sang inonde le plus souvent l'espace scrotal, c'est-à-dire la traînée celluleuse qui apparaît sous le Dartos et sépare la peau d'avec la fibreuse et le crémaster.

Dans une deuxième variété, la cloison des bourses est le siège de l'hématome. C'est un fait excessivement rare et fort difficile à diagnostiquer de façon précise. Berger et Reclus en citent deux exemples qu'ils avaient pris, à cause de leur situation médiane, pour des kystes dermoïdes.

L'hématome paravaginal ou extra-vaginal forme la troisième variété. Le sang se collecte alors entre la vaginale et la fibreuse commune. Une éraillure de la fibreuse peut, en même temps, donner passage au sang qui infiltre alors l'espace scrotal.

Kocher et Lemichez ont démontré l'existence de cet espace paravaginal en y poussant des injections qui leur ont permis d'en étudier les prolongements.

Lemichez constate, par ce moyen, la formation possible de l'hématome en trois points différents : au devant et sous le testicule; au devant du cordon.

La quatrième variété est celle de l'hématome intra-vaginal. Mais il faut remarquer qu'il s'agit ici d'un épanchement de sang dans une séreuse saine ou, du moins, dans une vaginale qui ne contient que de la sérosité.

L'hémorragie provient d'un acte opératoire fortuit, ponction d'hydrocèle mal faite par exemple. Ce n'est pas à une lésion de pachy-vaginalite qu'est due l'hématocèle.

Quand le sac séreux est rempli, le sang sort par la plaie de la paroi vaginale et se répand dans l'espace paravaginal et, s'il trouve un orifice à travers la fibreuse, s'infiltré lentement dans l'espace scrotal.

Le sang ainsi épanché subit les transformations habituelles. Il devient épais, sirupeux et se coagule en formant des caillots noirs, autour desquels réagit le tissu cellulaire qui les enveloppe dans du tissu fibreux extrêmement dur.

Dans la vaginale, le sang se coagule assez rapidement et se sépare en deux couches. Nélaton disait que « le caillot exprime lui-même sa sérosité ».

De ces deux couches, l'une est solide et occupe les parties les plus déclives de la vaginale, c'est le « cruor »; l'autre est liquide et située au-dessus de la précédente, c'est le « liquor ».

Au bout de vingt-quatre heures, les deux couches ont un poids sensiblement égal mais, tandis que le cruor est de couleur noirâtre, le liquor prend une teinte rosée, due aux hématies échappées à la fibrine du cruor et qui se dissolvent dans la sérosité en lui abandonnant leur hématine.

Velpeau et Cloquet croyaient que le sang, ainsi pris en caillot, irritait la séreuse, créait de la vaginalite chronique, et, plus tard, en s'organisant, concourait à la formation de fausses membranes.

Nélaton, étudiant ce que devenait le sang dans une cavité séreuse, ouvrait la plèvre de ses animaux, y injectait du sang et observait constamment des phénomènes inflammatoires.

Poncet ne fait plus la même observation en faisant passer directement le sang de la carotide d'un premier animal dans le péritoine d'un second.

Il mettait la séreuse à l'abri de l'infection, tandis que Nélaton l'infectait constamment.

Dans la cavité vaginale, la question est la même selon que le caillot échappe ou n'échappe pas à l'infection.

S'il échappe à la contamination, la résorption commence

immédiatement. Le liquor disparaît le premier. Un peu plus tard, le cruor se liquéfie à nouveau et se transforme en un liquide visqueux et brunâtre, peu à peu repris par les voies veineuses et lymphatiques.

Lorsque le caillot est soumis à l'action des germes infectants, Sébilleau considère deux cas différents.

« Dans le cas d'une infection bénigne, écrit-il, de petits coagulums fibrineux se disposent à la surface de la vaginale irritée, sortes de petits foyers leucocytaires, qui, par la transformation de ces derniers en cellules ramifiées de tissu conjonctif, deviennent de véritables lamelles néomembraneuses. Peu à peu celles-ci se confondent avec la vaginale, font corps avec elle, s'épaississent, subissent l'évolution fibreuse du tissu cellulaire qui vieillit et, bientôt, constituent les parois plus ou moins épaisses d'une cavité dont la capacité varie suivant le siège, l'étendue, le nombre, la résistance des néoproductions et au fond de laquelle est emprisonné le sang qui y subit une résorption plus lente et plus difficile.

» Dans le second cas, la suppuration envahit le foyer de l'hémorragie; la cavité vaginale est transformée en un véritable abcès; le caillot est évacué à l'extérieur après transformation purulente.

» La séreuse subit, suivant l'intensité de l'infection, un processus nécrobiotique plus ou moins accentué qui gagne quelquefois les enveloppes scrotales; quand tous les tissus gangréneux se sont détachés, elle bourgeonne et soude l'un à l'autre ses deux feuillets dans une symphyse définitive. »

CHAPITRE III

Observations cliniques

d'Hématomes du Scrotum post-opératoires

Jean-Louis Petit et Velpeau avaient eu leur attention attirée par les hématomes qui succédaient parfois aux interventions pratiquées sur la région scrotale.

Pour eux, l'hématome provient de ce que, dans une intervention sur la paroi des bourses, l'incision cutanée n'est pas poussée assez bas par le chirurgien.

J.-L. Petit exprime clairement cette opinion dans le passage suivant : « J'ai dit que les incisions, qu'on fait pour ouvrir le scrotum, doivent être de toute sa longueur et même par delà. Je veux dire qu'il ne suffit pas d'ouvrir toute sa partie antérieure, qu'il faut continuer l'incision postérieurement, au moins un pouce par delà et même davantage quand la tumeur est grosse.

» L'expérience m'a appris que, si on néglige de couper ainsi le scrotum, on se trouve obligé de le faire par la suite, ce qui est honteux au chirurgien et très préjudiciable au malade, parce que le fond des bourses n'étant pas ouvert, forme un sac dans lequel le pus séjourne et cause une douleur vive et d'autres accidents comme sont le gonflement de tout le scrotum, la gangrène même, laquelle détruit toutes les enveloppes; et on a vu souvent les testicules dépouillés après la chute des escharres.

» Le scrotum étant vidé par l'opération qu'on vient de

faire, se retire vers le haut par la contraction des fibres charnues, et comme ces fibres ont leur plus fortes attaches en devant, elles tirent le scrotum de ce côté-là de manière que l'angle inférieur de l'incision se trouve plus haut que le fond du scrotum, ce qui fait le sac dont il s'agit; au lieu que, quand on prolonge l'incision jusqu'à la partie postérieure, l'angle inférieur reste toujours dans le bas du scrotum et facilite l'écoulement des matières.

On observe cependant que le conseil que je donne n'a lieu que lorsqu'on ouvre des tumeurs dans lesquelles le scrotum n'est point attaqué car s'il est gonflé soit par inflammation, soit par infiltration, alors les fibres charnues n'ont pas le pouvoir de retirer le scrotum et la peau même est trop résistante pour plisser et obéir à la contraction de ces muscles; alors l'incision ne change qu'à mesure que l'inflammation diminue, ce qui se fait lentement et pour lors le sac purulent n'a pas lieu. »

Comme il a été dit déjà, la grande raison de l'hématome post-opératoire est un manque complet ou une insuffisance d'hémostase au cours d'opérations pratiquées à la région scrotale et à la région inguinale.

Nous ferons de ce chapitre plusieurs articles et citerons successivement des exemples d'hématomes observés après castration, à la suite de cures radicales ou de ponctions d'hydrocèle, de varicocèle et de hernies inguinales.

I. — *Hématomes du scrotum consécutifs à des castrations.*

OBSERVATION I

Sernin communique l'observation suivante à la Société Médicale de Montpellier :

Un jeune homme de dix-huit ans, entré depuis quinze mois dans les Ordres, et craignant de succomber aux tentations de la chair, conçoit le projet de se faire littéralement eunuque.

Il se sert pour l'opération d'une branche de vieux ciseaux dé-

montés, fait une boutonnière au côté droit du scrotum et empoigne ses bourses de la main gauche pour faire saillir le testicule.

L'ouverture étant trop petite, il est obligé de faire de violents efforts et de tirer sur le testicule avec ses ongles pour l'extraire.

Ne connaissant point l'anatomie, il n'avait pas compter sur la présence et la résistance du cordon spermatique.

Retenant d'une main le scrotum, il saisit de l'autre le testicule, le tire avec force à cinq ou six reprises et parvient enfin à l'arracher. Au moment où il se disposait à faire de même pour l'autre côté, il tombe en syncope. Un de ses parents le trouve dans cet état et fait appeler un chirurgien qui tamponne simplement la plaie pour arrêter l'hémorragie.

En quelques minutes, un épanchement de sang considérable remplit le tissu cellulaire du scrotum et de la verge.

Lorsque Sernin vit le malade, les parties énormément tuméfiées étaient violettes et froides. Le malade était dans un état misérable. On fendit les bourses qui contenaient « quatre livres » de sang en caillots. Le cordon non rétracté dans l'abdomen fut lié ainsi que les parties voisines comprises dans l'anse du fil; la plaie pansée comme une plaie simple et le vingt-cinquième jour le malade était guéri.

OBSERVATION II

Un autre exemple d'hématome survenu après une castration faite par l'opérateur sur lui-même, nous est donné dans cette histoire d'un jeune homme de vingt-et-un ans qui « s'étant froissé » un testicule et voyant, à cet endroit, se développer une tumeur fort gênante, prend le parti de s'en débarrasser lui-même.

Il se sert d'un rasoir, fait sur la tumeur une incision longitudinale, enlève le testicule et recoud lui-même les membranes incisées.

Trois heures plus tard, souffrances atroces et aveu. On fait venir un chirurgien qui se trouve en présence d'une tumeur « grosse comme la « forme d'un chapeau », dure, tendue, de couleur livide et d'un brun noir.

« Je compris, écrit Longis, que c'était le sang épanché de l'artère spermatique qu'il avait coupée dans l'opération, et, pour y remédier, j'ouvris sur le champ la tumeur.

» Elle était remplie de gros caillots de sang que j'enlevais, mais l'artère en fournissait toujours de nouveau et avec assez d'abondance pour m'empêcher d'en faire la ligature ou d'y appliquer de l'agaric. C'est pourquoi, je me contentai de tamponner la plaie pour y produire une forte compression.

» Elle n'empêcha pas le sang de sortir, mais, comme il se figeait presque sur-le-champ, j'espérai que les caillots seconderaient mes vues et pour mieux les remplir encore, je fis saigner le malade malgré l'état d'épuisement où il était réduit et je le tins à l'eau de poulet pour tout remède et pour tout aliment.

» Ce régime austère, joint à la compression, fit cesser l'hémorragie. Le fond et les bords de la plaie devinrent durs et calleux, et, quoique les caillots de sang en aient ensuite été enlevés, il s'en exhalait une odeur fétide. Je le fis laver avec de l'eau-de-vie tiède et ensuite panser avec un digestif animé, mais il ne s'y fit point de suppuration et il ne découlait de la plaie qu'une sanie noire et puante. »

Guérison obtenue au bout d'un mois.

OBSERVATION III

Richeraud cite enfin une observation d'hématome après castration.

« J'avais pratiqué la castration pour un cas d'hydro-sarcocèle avec durcissement de la vaginale. Le malade ne perdit presque point de sang pendant l'opération. Après l'avoir terminée par la ligature des artères spermatiques, je m'aperçus qu'un peu de sang artériel sourdait derrière le cordon. J'épongeai avec beaucoup de soins afin de reconnaître le vaisseau d'où provenait le liquide, mais je ne pus y parvenir. J'allais passer une ligature avec l'aiguille courbe et comprendre dans la ligature le tissu graisseux environnant lorsque, rassuré par la cessation du saignement, je me contentai d'exercer une légère compression au fond de la plaie au moyen de quelques boulettes de charpie.

» L'appareil ordinaire fut appliqué et le malade mis au lit. Quelques heures après l'opération, le sang avait pénétré les linges et le bandage. Le poulx du malade ne faiblit point; l'hémorragie n'alla pas plus loin : on jugea inutile de lever l'appareil.

» Il fut levé le lendemain et renouvelé le troisième jour. Je vis alors que le sang avait coulé assez abondamment : les bourses en étaient pleines et la tuméfaction s'étendait jusqu'au périnée. Il était évident que l'extrême laxité du tissu cellulaire des Dartos avait favorisé l'infiltration du liquide et que le défaut de point d'appui avait rendu la compression inefficace.

» Le lendemain et les jours suivants, les bourses de dégorgèrent d'un sang épais et noir et la guérison ne fut pas retardée. »

Nous voilà donc en présence de trois exemples d'hématome dont la cause est un défaut d'hémostase, complet dans les deux premiers cas, incomplet dans le dernier.

Mais dans tous l'opérateur savait parfaitement qu'il avait laissé un ou plusieurs vaisseaux ouverts et prêts à devenir la source d'un abondant épanchement sanguin.

La section du vaisseau passe-t-elle parfois inaperçue et existe-t-il des cas où l'hématome a pour cause un suintement sanguin survenu après une hémostase que l'opérateur a cependant toutes raisons de croire parfaite ?

Il n'y a aucun doute à cet égard et trois affections motivant des interventions à la région inguino-scrotale, nous permettent de citer des exemples.

Ce sont : l'hydrocèle, le varicocèle et la hernie inguinale.

II. — *Hématomes consécutifs à des ponctions et opérations d'hydrocèle.*

Plusieurs modes opératoires ont été mis en œuvre pour le traitement de l'hydrocèle.

Ponction; incision simple de Volkmann; incision avec résection partielle de la vaginale, de Julliard; extirpation totale de la vaginale, de Bergmann; enfin l'éversion de la vaginale, sont les procédés successivement employés.

Tous ont donné lieu à la formation d'hématomes post-opératoires.

Dans la ponction, le trocart peut rencontrer et perforer un vaisseau, soit dans l'épaisseur de la peau, soit dans le tissu cellulaire, soit dans le sac de l'hydrocèle et dans le testicule lui-même.

OBSERVATION IV

Le professeur Weiss, de Nancy, donne une belle observation d'hématome consécutif à la ponction d'hydrocèle :

« X..., cinquante ans.

» Tumeur du scrotum venue insensiblement dans la bourse gauche. Simple gêne résultant du volume de la tumeur.

» Le médecin diagnostique un hydrocèle et ponctionne. Pas d'injection iodée. Le malade reprend son travail.

» Le soir du même jour, douleur vive et enflûre du scrotum jusqu'à dimension d'une tête de fœtus à terme.

» Les jours suivants, la peau devient franchement ecchymotique. La douleur est diminuée. La tumeur reste stationnaire.

» L'homme travaille six semaines puis, lassé par le volume de la tumeur, il entre à l'hôpital.

» *Examen* : Dans la bourse gauche, tumeur du volume des deux poings, régulière et lisse à sa surface. Dureté assez grande, pas de transparence. Le testicule est perdu dans sa masse et, bien que se trouvant à la partie postérieure, il ne fait aucune saillie.

» Cette position du testicule, qui semble englobé sous la tumeur, fait porter le diagnostic de « hémato-cèle de la cavité vaginale ».

» Comme il n'y a aucune tendance à la régression malgré le temps écoulé (six semaines), on conclut à la nécessité d'une intervention.

» *Opération* : 1° Incision des téguments qui sont infiltrés, durs et épais d'au moins un centimètre; 2° section de la fibreuse au-dessous de laquelle se trouve la tumeur; ouverture large; nombreux caillots; 3° décortication de la poche dont la paroi très résistante permet la traction. »

Jusqu'alors Weiss avait cru à une hématocele vaginale, mais en arrivant à la face profonde, il constate l'indépendance absolue de la tunique vaginale et de la tumeur.

« La vaginale est distendue par un liquide clair dont il est évacué trente à quarante grammes. L'hématome périphérique le recouvrait au dehors, en avant et en dedans, la coiffant de façon à englober le testicule, sauf à la face postérieure. Décortication facile par la suite. Incision et désinfection de la tunique vaginale qui est suturée au catgut, après résection d'une partie de la paroi.

» 4° Réunion des téguments. Drainage par une mèche de gaze iodoformée à la partie déclive à cause d'un suintement en nappe de la surface externe de la vaginale. »

Weiss n'a aucun doute sur l'étiologie de cet hématome. La piqure d'une veine par le trocart en a été la cause et il s'est fait entre la fibreuse et la vaginale, un épanchement abondant chez un malade saignant déjà avec facilité et sujet à des épitaxis interminables.

Une conséquence tardive de la ponction était de favoriser autrefois la rupture de la vaginale. Certains malades porteurs de volumineuses hydrocèles, plusieurs fois ponctionnées, éprouvaient spontanément ou à l'occasion de légers efforts, une pénible sensation de déchirure dans leur tumeur. Puis le scrotum s'infiltrait, devenait œdémateux et ecchymotique. Pendant l'opération, il était maintes fois constaté que la déchirure de la vaginale avait pour origine la cicatrice d'une ponction antérieure devenue l'un des points faibles de la séreuse constamment distendue.

A la simple ponction de l'hydrocèle ont fait suite des traitements plus compliqués : incision simple, de Volkmann ; incision avec résection partielle, de Julliard ; incision de Jaboulay.

Des hématomes post-opératoires succèdent à ces interventions et les chirurgiens s'efforcent d'y remédier de leur mieux.

Nicaise préconise une séparation soigneuse entre fibreuse

et séreuse et la résection de cette dernière seulement, d'où avantage, dit-il, d'éviter tous les petits vaisseaux qui rampent à la face extérieure de la fibreuse. Ainsi se trouve assurée une opération à blanc.

Gambardella a le même souci d'éviter l'hématome post-opératoire et voici ce que constate à ce sujet la *Semaine Médicale* :

« La cure radicale de l'hydrocèle d'après le procédé de Volkmann, donne, comme on sait, d'excellents résultats. Cependant, dans certains cas, la réunion immédiate de la plaie opératoire se trouve entravée par une tuméfaction considérable du scrotum survenant du fait d'un épanchement séreux et de l'extravasation sanguine, malgré la compression exercée par un suspensoir bien appliqué. Dans ces conditions, on se voit parfois obligé de pratiquer, à l'angle inférieur de la plaie, une petite ouverture pour l'introduction d'une mèche de gaze iodoformée qui est appelée à assurer l'écoulement du liquide accumulé.

» Or, d'après un confrère italien, M. Gambardella, on pourrait éviter la tuméfaction scrotale post-opératoire en soulevant, de chaque côté de l'incision et à une distance de trois centimètres de cette dernière, un bourrelet ou pli cutané qu'on maintient au moyen de quelques points de suture interrompus, en même temps qu'une couche de gaze hydrophile est disposée de façon à protéger la peau contre la compression exercée par les fils. Grâce à cette mesure qui a pour effet de tendre le scrotum et de le rendre ainsi moins apte à devenir le siège d'un processus de transudation et d'extravasation, M. Gambardella parvient toujours à éviter la tuméfaction des bourses à la suite de cure radicale d'hydrocèle et obtient, en quelques jours, la cicatrisation définitive de la plaie opératoire. »

Dans leurs thèses, Larmandieu, de Paris, et Barral, de Lyon, mettent en parallèle les deux procédés de l'extirpation totale de la vaginale (opération de Bergmann) et de l'éversion de la vaginale (Jaboulay). Ils en étudient les résultats et les suites opératoires immédiates.

L'opération de Bergmann demande une dissection très délicate de l'enveloppe vaginale. Le travail est long et difficile pour éviter la blessure des vaisseaux nourriciers du testicule.

La difficulté se trouve encore accrue dans certains cas d'hydrocèles congénitales où il faut pousser la dissection jusqu'à l'anneau inguinal; d'autres fois, on se trouvera en présence d'une vaginale altérée que des injections irritantes ont fait adhérer plus ou moins solidement aux éléments vasculaires et sécréteurs du testicule.

La durée de l'opération est augmentée; le travail de décollement risque de favoriser la production d'hémorragie en nappe.

Dans le procédé de l'éversion ces inconvénients sont supprimés. Il n'y a pas de dissection difficile. Le testicule et ses enveloppes immédiates sont rapidement luxés au dehors. Une simple incision sur la face antérieure de la tumeur permet d'évacuer le liquide et de retourner les enveloppes fibreuse et séreuse accolées, sans qu'une dissection quelconque soit nécessaire à aucun moment.

Quelques minutes suffisent à l'intervention et toutes chances d'infection, d'hémorragie et de production du fâcheux hématome sont réduites au minimum.

III. — *Hématomes consécutifs à des opérations de varicocèle*

Deux procédés opératoires sont mis en œuvre dans la cure radicale du varicocèle : d'une part, la simple résection scrotale; d'autre part, l'excision du paquet veineux entre deux ligatures.

La résection scrotale entraîne une hémostase délicate et difficile à réaliser de façon parfaite. L'ingéniosité du chirurgien a longtemps cherché une amélioration aux divers procédés.

Henry, de New-York, essaye d'obtenir une cicatrice médiane en coupant, de chaque côté du raphé, la même quan-

tité de peau. Il se sert d'un champ spécial et se préoccupe fort d'éviter une hémorragie ultérieure en affrontant très exactement les lèvres de la plaie et en les comprimant par une suture enchevillée plus serrée qu'une suture à points isolés.

Malgré ces soins, il constate que la réunion par première intention est souvent compromise. Le sang s'accumule sous la suture. Le scrotum devient douloureux. La suppuration est à craindre.

Sur quatorze opérations faites par le chirurgien américain, Wickham relève cinq cas d'hématomes.

Horteloup préconise une suture profonde et son procédé exige toute une instrumentation nouvelle : pinces, tubes, anneaux spéciaux.

Les suites de ses interventions ne s'en compliquent pas moins dans quelques cas de l'opposition d'un hématome et, sur quarante observations citées par Wickham, on en relève plusieurs où il signale le retard apporté par cette complication à la guérison du malade. Nous en citerons deux :

OBSERVATION V

D..., dix-huit ans, entre à l'hôpital le 17 septembre, porteur d'un varicocèle gauche qui occasionne de vives douleurs après la marche.

27 septembre : résection du scrotum. Après la section du scrotum petite hémorragie artérielle facilement arrêtée à la partie antérieure de la plaie.

28 septembre : le fourreau de la verge est le siège d'une hémorragie abondante. La verge est considérablement augmentée de volume. L'épanchement sanguin sous-cutané s'étend en nappe jusqu'à la moitié de la distance pubio-ombilicale. La peau du scrotum est fortement tendue ainsi que la peau du périnée. L'épanchement se prolonge en arrière, sur les parties latérales de l'anus; sur les côtés, le long de la face interne des cuisses. Température : 38°6 le soir, 37°6 le matin.

29 septembre : rétention d'urine. Cathétérisme matin et soir. Même état. T. : 38°6 le soir.

30 septembre : enlèvement des sutures profondes et superficielles. Expression de caillots sanguins noirâtres. Lavages à la solution phéniquée à 1/20.

1^{er} octobre : miction spontanée. Diminution du volume de la verge. T. : 39°2 le matin, 39°8 le soir.

2 octobre : moins de fièvre. Plaque de sphacèle de la grandeur d'une pièce de cinq francs en argent sur la portion gauche du scrotum et intéressant toute la paroi.

10 octobre : bon état général.

25 octobre : la plaie est en voie de cicatrisation.

Le malade quitte l'hôpital de 8 décembre, complètement cicatrisé.

OBSERVATION VI

Chez le deuxième malade opéré selon le procédé Horteloup, on constate, le lendemain de l'opération, une ecchymose scrotale du côté droit qui se prolonge le long du fourreau.

Au niveau de l'extrémité postérieure de la plaie existe une tuméfaction produite par du sang accumulé.

Les bords de la plaie sont augmentés de volume et les tubes compresseurs cachés au fond d'un véritable sillon.

Vingt jours plus tard, la plaie va très bien mais on constate sur la ligne médiane, un peu au-dessous de la racine de la verge, la présence d'un kyste sanguin que l'on ponctionne et d'où s'écoule un sang noir et fluide.

La collection se reproduit et est évacuée une deuxième fois.

Le malade quitte l'hôpital deux mois après son opération.

Le Dentu combine l'excision du paquet veineux à la résection du scrotum.

Il abandonne l'instrumentation spéciale de Horteloup et se sert de pinces à ligaments larges.

Il place la première pince sur la partie du scrotum voisine du périnée, la deuxième sur le tiers moyen, puis, après avoir

passé une série de crins de Florence à un centimètre en arrière des mords de la première pince, il résèque toute la portion du scrotum située en avant d'eux et les noue immédiatement.

Il place à ce moment une pince sur la portion antérieure du scrotum à laquelle il n'avait pas encore été touché et opère successivement comme il vient d'être dit.

La suture immédiate des trois plaies, pratiquées l'une après l'autre sur le scrotum, a pour but d'arrêter sans retard l'écoulement de sang et Le Dentu recommande, pour bien assurer l'hémostase, de placer les fils à un centimètre au moins en arrière des pinces pour mieux saisir et comprimer tous les points saignants.

Si cette suture ne suffit pas, il faut placer derrière elle un ou plusieurs fils profonds qu'on noue en avant de la section comme pour la suture superficielle.

Fistié rapporte dans sa thèse un exemple d'hématome observé à la suite de cette opération.

OBSERVATION VII

B..., vingt ans. Se présente à la consultation pour un varicocèle volumineux et légèrement douloureux.

Cette infirmité que le malade portait depuis plus d'une année et qui avait considérablement augmenté ces derniers temps, avait été cause d'un refus réitéré à la revision.

Etat général satisfaisant. Pas de hernie. Pas d'atrophie testiculaire.

Le varicocèle intéresse les faisceaux antérieur et postérieur. Le scrotum descend à gauche à plusieurs centimètres plus bas que du côté droit.

On propose une opération qui est acceptée.

Celle-ci est pratiquée point par point d'après la méthode de Le Dentu :

1° Excision scrotale à temps successifs;

2° Ligature double et résection d'environ cinq centimètres du faisceau veineux. Sutures. Pansement compressif.

Le deuxième jour, le malade se plaint de tension considérable dans le scrotum. La température s'élève. On défait le pansement et on constate une tuméfaction considérable des bourses, des deux côtés, due à une infiltration sanguine qui a envahi également le fourreau de la verge. Celle-ci a presque complètement disparu dans la tumeur.

On fait sauter trois points de suture et, par expression, on fait sortir une grande quantité de caillots d'une poche située du côté opéré. L'autre bourse a du sang infiltré mais non collecté.

Les jours suivants, l'état local s'améliore un peu, mais c'est néanmoins avec une grande difficulté qu'on peut déterminer un affaissement de la partie inférieure des bourses distendues : il faut, tous les jours, enlever une certaine quantité de caillots. Pas de fièvre. Pas de difficulté dans la miction. Quelques douleurs le long du cordon jusque dans la région rénale.

Vers le huitième jour, l'infiltration avait considérablement diminué mais la suppuration avait apparu dans la plaie.

Cette suppuration se borna à la poche sanguine mais ce n'est qu'au bout de quinze à vingt jours que les bourses reprirent leur volume normal.

Il subsiste encore un peu de tuméfaction du cordon gauche dont le tissu cellulaire avait aussi participé à l'infiltration sanguine.

Le vingt-cinquième jour le malade pouvait se lever et sortir de l'hôpital, porteur d'une petite fistule qu'il devait traiter, dans la suite, par des pansements réguliers.

Au lieu de se traiter, le malade crut pouvoir se présenter à une nouvelle révision. Il fut d'ailleurs accepté et dirigé vers un régiment d'infanterie.

Il a écrit récemment que la fistulette avait persisté pendant un certain temps, sans causer, du reste, le moindre obstacle au service militaire.

Il reste cependant encore des douleurs intermittentes le long du cordon, là où l'infiltration sanguine autour de ce dernier avait été assez forte.

Cet engorgement tend d'ailleurs à disparaître et le malade se passe fort bien de suspensoir.

Au sujet de cette observation, Baseil fait remarquer qu'il est facile de concevoir la formation de cet hématome :

« On excise la peau et on réunit les lèvres cutanées sans faire d'hémostase; le sang peut donc provenir d'une artériole cutanée et donner un épanchement considérable. Le cordon, au contraire, ne donnera jamais de sang puisque on excise les veines entre deux ligatures, mais le sang du scrotum pourra remonter en proche en proche, le long du cordon, et donner naissance à une hématocele diffuse. »

La simple excision des veines entre deux ligatures a parfois la même suite fâcheuse.

Nous en donnerons un exemple observé par nous dans les services de l'hôpital Saint-André.

OBSERVATION VIII (Personnelle)

M..., vingt-deux ans. Entre à l'hôpital le 20 novembre pour un varicocèle gauche.

Rien de spécial dans les antécédents du sujet qui présente un bon état général.

Rien dans ses antécédents héréditaires. Sa mère et ses trois frères et sœurs jouissent d'une excellente santé.

Le varicocèle est apparu vers l'âge de dix ans et n'a jamais causé au porteur de gêne bien sérieuse. De temps en temps, quelques douleurs légères apparaissaient qui n'obligèrent jamais le sujet à interrompre son travail.

Le malade a sollicité son engagement dans un corps de police et l'opération de son varicocèle a été exigée.

23 novembre : opération.

Excision haute au niveau du canal inguinal. Isolement du cordon. Incision de la fibreuse commune. Dissection du canal déférent que l'on met à l'abri avec l'artère déférentielle.

On aperçoit l'artère spermatique et on l'isole soigneusement du paquet veineux antérieur que l'on résèque entre deux pinces après hémostase soignée. Le paquet veineux antérieur étant peu augmenté de volume, est laissé en place.

L'hémostase paraissant parfaite, on remet le cordon en place et on suture l'aponévrose par surjet au catgut.

Suture cutanée au crin sans drainage.

Trois heures après l'opération, le malade sent son scrotum tendu et très augmenté de volume.

Il en souffre assez fortement et ne peut uriner durant tout le jour.

Au milieu de la nuit, il demande à être sondé. A ce moment le scrotum apparaît gros comme les deux poings.

La bourse gauche est très augmentée. Elle présente une tumeur assez tendue au centre de laquelle on trouve cependant un peu de fluctuation.

La peau est violacée et semble un peu épaissie. Au fond et en arrière de la bourse gauche, la pression éveille la douleur testiculaire. La glande fait en cet endroit une légère saillie.

28 novembre : la tumeur ne présente plus que le volume d'une orange et est dure uniformément. La peau présente la même coloration.

Elle est maintenant peu tendue.

Il existe dans l'aîne gauche une petite tuméfaction et une ecchymose qui va jusqu'à l'extrémité inférieure de l'incision.

Le premier pansement apparaît souillé par un peu de sang noir.

4 décembre : la bourse gauche a encore diminué de volume.

La couleur de la peau est moins foncée. L'ecchymose du pli inguinal a disparu.

24 décembre : la bourse gauche présente encore le volume d'une grosse noix. Le testicule semble induré.

2 janvier : il ne subsiste qu'un peu d'induration du testicule. Le sujet peut être considéré comme guéri.

Comment expliquer cet hématome ?

L'hémostase semble avoir attiré spécialement les soins et l'attention de l'opérateur.

Nous avons recherché dans le passé de cet homme des tendances à l'hémophilie. Le sujet ne se souvient pas d'avoir eu jamais d'écoulement sanguin qui ait persisté longtemps.

Il ne nous rapporte que l'histoire d'une extraction dentaire très pénible après laquelle la plaie aurait saigné plus de deux heures.

Cependant, le temps de coagulation de son sang est un peu retardé : vingt minutes au lieu de dix minutes, temps normal.

IV. — *Hématomes consécutifs à des opérations de hernie inguinale.*

La cure radicale des hernies inguinales présente, en général, des suites opératoires fort bénignes. Cependant, malgré une hémostase soigneuse, il est donné au praticien d'observer, de temps en temps, la production d'hématomes « dus à des éraillures des veines du cordon, faites au cours des manœuvres de dissection du sac, et qui ne suintent pas de suite », d'après une affirmation de Sébilleau.

Nous avons observé un de ces cas, où un épanchement sanguin, très abondant, est venu très sérieusement compliquer les suites opératoires d'une hernie inguinale.

OBSERVATION IX (Personnelle)

M..., soixante-quatre ans, sellier et représentant en liqueurs, entre à l'hôpital le 3 octobre, pour une hernie inguinale droite.

Le malade dit avoir eu, à l'âge de six mois, une très forte fièvre.

A vingt-trois ans, pendant son service militaire, le sujet a eu un chancre vite guéri par l'absorption d'un sirop (?). C'est le seul accident vénérien. Aucune autre manifestation n'a suivi l'apparition de ce chancre.

Il est père de deux enfants très bien portants et sa femme n'a pas fait de fausses couches. Le malade nie toute habitude d'éthylisme. Il présente l'aspect d'un homme bien portant, de corpulence un peu forte.

La hernie apparut en juin 1923, à Lille, à l'occasion d'un effort assez léger.

Le malade porte un bandage pendant un peu plus de trois mois, mais la contention n'est jamais bien assurée.

La hernie sort sous la pelote et le sujet attend son retour à Bordeaux pour se faire opérer.

L'opération a lieu le 6 octobre. On pratique une rachianesthésie et au cours de l'intervention, qui est longue et difficile, le malade présente un état syncopal préoccupant.

Tout se termine cependant sans incidents.

Le 7 octobre, le scrotum a considérablement augmenté. Il atteint le volume de la tête d'un enfant.

La peau est luisante et très tendue. La verge semble complètement avalée par la tumeur et le testicule est impossible à palper dans la bourse droite.

La palpation de la tumeur procure une légère sensation de fluctuation. Son opacité est complète.

Le 10 octobre, la bourse droite semble légèrement diminuée de volume. A la palpation, on a une sensation de crépitation sanguine.

Le doigt, appuyé sur la peau, détermine un léger godet d'œdème. Une petite excoriation est apparue à la partie postérieure et inférieure du scrotum. On pratique une ponction qui ne donne aucun écoulement de liquide.

Le 12 octobre, une ecchymose apparaît qui s'étend à toute la région inguinale et au périnée.

On trouve le pansement souillé de sang.

La plaie opératoire donne lieu à un suintement sanguin continu, à l'orifice de sortie d'un point de suture.

Ce crin est enlevé, la plaie opératoire désunie, et, immédiatement, jaillit un filet de sang noir qui entraîne quelques petits caillots.

La pression sur le scrotum augmente la vitesse d'écoulement du filet sanguin et ramène le scrotum aux dimensions d'une tête de fœtus.

Le 17 octobre, le scrotum garde le même volume. L'ecchymose inguinale et périnéale demeure aussi étendue et de même couleur. Le pansement est souillé de sang.

Le 18 octobre, les gazes du pansement paraissent moins souillées que les précédentes.

Le volume du scrotum demeure stationnaire. La bourse droite reste considérablement augmentée et la palpation ne permet point d'y sentir le testicule.

La peau est violacée et la petite plaie de la région postéro-inférieure est cicatrisée. L'ecchymose subsiste au périnée et dans la région inguinale. La moindre pression sur les bourses fait toujours sourdre du sang à la plaie opératoire.

Pendant tout ce temps, le scrotum a été maintenu soulevé par un coussin.

Etant donné le volume persistant de la tumeur, on décide de pratiquer une contre-ouverture scrotale.

L'opération a lieu le 21 octobre.

Le malade est mis en position gynécologique et anesthésié à l'éther.

On pratique, à la face antérieure du scrotum, une petite incision de cinq centimètres.

Du sang liquide sort en jet mais il faut évacuer ensuite des caillots nombreux.

Le testicule et l'épididyme apparaissent d'aspect noirâtre.

On place dans la plaie un drain, fixé au scrotum, et celui-ci est suturé par quelques points au crin.

Le drain est enlevé de 24 octobre. Le scrotum semble avoir repris son aspect normal. Le cordon est dur et augmenté de volume.

La plaie opératoire a très bon aspect.

Le 30 octobre, il n'y a aucun progrès dans la cicatrisation de la plaie opératoire.

Cet état subsiste durant tout le mois de novembre. Une fistule s'est établie, qui livre passage à une petite suppuration interminable.

Sans doute, nous nous trouvons ici en face d'une hémorragie due à l'éraillure d'un vaisseau du cordon. La dissection longue et pénible du sac permet de croire en l'existence de cet accident qui échappe au chirurgien pendant l'inter-

vention et ne donne lieu au suintement sanguin que plusieurs heures après, vingt-quatre pour notre malade.

De plus, le scrotum fut, une fois, à peu près vidé de sang par les pressions exercées au cours du pansement. L'hématome se reproduisit par la suite aussi volumineux et les gazes des pansements suivants furent toujours imprégnées d'un sang très abondant sans que la tumeur marquât une diminution sensible.

Il est possible que cette manœuvre d'expression du scrotum, faite dans les premiers jours qui ont suivi l'apparition de l'hématome, n'ait pas été très favorable. Il se peut que l'on ait pratiqué ainsi une aspiration qui a rempli le scrotum d'un sang nouveau, coulant d'un vaisseau encore ouvert.

L'hémophilie peut nous expliquer cette tendance à l'hémorragie.

Notre malade, interrogé sur ce point, répond qu'il a remarqué, en effet, une tendance très nette à saigner longtemps pour la plus minime coupure. Il se souvient avoir eu, dans son enfance, des épistaxis répétées et inquiétantes par leur durée.

Cependant, l'examen de son sang, fait au laboratoire, indique un temps de coagulation normal.

CHAPITRE IV

Symptomatologie et diagnostic de l'hématome post-opératoire.

L'ecchymose de la région du scrotum et l'apparition d'une tumeur des bourses sont les deux grands signes de l'hématome.

L'ecchymose est d'apparition rapide. La peau du scrotum prend une coloration violette ou noirâtre. Parfois, lorsque l'infiltration sanguine est plus considérable dans certains points, les téguments ont un aspect marbré.

Mais la région scrotale n'est pas seule à changer de coloration. La racine de la verge, quelquefois la verge tout entière est infiltrée.

D'autres fois, l'infiltration sanguine s'étend au périnée, à la racine des cuisses, à la paroi abdominale. Nous avons constaté le fait chez notre malade opéré de hernie inguinale.

L'observation de Fistié nous montre l'infiltration ayant envahi tout le fourreau de la verge qui, un peu plus tard, disparaît dans la tumeur.

La peau a perdu sa mobilité habituelle. Elle semble collée aux plans sous-jacents et donne au toucher la sensation d'être épaissie.

Jullien a fait remarquer que le raphé pouvait servir de limite à l'ecchymose. Il en a constaté un cas.

L'ecchymose est quelquefois un peu retardée. Dans ce cas, elle apparaît un certain temps après la formation de la tumeur.

C'est le cas de notre malade qui, opéré de sa hernie le 6 octobre, présente, le 7, une tumeur considérable du scrotum et, le 12 octobre seulement, une ecchymose des bourses, de l'aîne et du périnée.

J.-L. Petit avait déjà remarqué le fait à la suite d'hématomes survenus après ponctions d'hydrocèle.

« Cet épanchement, dit-il, se manifestera en dehors par l'ecchymose si l'hydrocèle n'est pas dans la cavité vaginale même et si le vaisseau divisé est extérieur à cette cavité. Mais, si le vaisseau atteint est dans l'épaisseur du peritèstès (tunique vaginale), le sang s'épanchera plus facilement dans la cavité de cette enveloppe et cette hémorragie pourra ne pas se traduire à l'extérieur ou ne donner lieu que plus tard à l'ecchymose. »

Une de ses observations contient un exemple très net d'ecchymose tardive.

Deux ou trois heures après la ponction de son hydrocèle, un homme de quarante ans s'aperçoit que le suspensoir le gêne. Il en met un nouveau, plus large, qui lui procure la même sensation de gêne cinq heures plus tard.

Il change de nouveau le suspensoir mais, à la fin du jour, il doit reprendre le bandage dont il se servait dans la plus grande plénitude de son hydrocèle.

On ne sait à quoi attribuer le retour subit de la tumeur car, la douleur n'existant pas et la couleur de la peau demeurant normale, on ne doute point que ce ne fut l'hydrocèle revenue.

Plusieurs ponctions précédentes n'avaient jamais produit rien de semblable.

On assemble donc une consultation et il est décidé que le trocart a piqué et déchiré un vaisseau considérable qui, en peu de temps, a rempli de sang le sac de l'hydrocèle.

« Ce sentiment, écrit J.-L. Petit, fut combattu par ceux qui ne pouvaient pas croire que cette tumeur fut sanguine parce que la peau n'avait pas changé de couleur, alléguant qu'ils avaient vu, en pareil cas, qu'en deux heures de temps

le scrotum était devenu rouge brun par le sang qui s'était infiltré dans le tissu cellulaire et qui formait une ecchymose dans toute l'étendue du scrotum et de la verge.

» L'observation était vraie mais elle ne suffisait pas pour prouver que la tumeur dont il s'agissait n'était pas sanguine.

» En effet, l'expérience m'a appris que, toutes les fois qu'on perce un vaisseau sanguin, en faisant la ponction de l'hydrocèle, il ne survient pas d'ecchymose; que dans les cas mêmes où elle survient elle ne s'aperçoit pas si promptement. »

Quelques jours plus tard, le scrotum devient « noir et plombé ». On croit à une « gangrène prolongée jusque dans les aînes, les cuisses et sous la peau du ventre ».

Et J.-L. Petit rassure le chirurgien alarmé en disant que « ce qu'il croyait gangrène par la couleur n'était qu'une ecchymose produite par le sang qui se glissait dans les graisses; que le sang qui causait cette douleur s'étendrait beaucoup plus loin mais qu'il ne devait pas s'en inquiéter parce qu'elle se résoudrait comme font habituellement toutes les ecchymoses. »

L'ecchymose peut faire enfin complètement défaut, même si l'extravasation de sang a été considérable. Baseil pense que le phénomène est dû à une coagulation très rapide du sang : les parties colorées sont prises dans le cruor, et le liquor, à peine rosé, se résorbe très vite, sans donner aucune teinte aux téguments.

La rapidité de formation et le volume de la tumeur sont très variables.

Elle se produit quelquefois très vite, envahissant tout le scrotum et le distendant au point de faire redouter la rupture de la peau.

Le plus ordinairement, sa formation est lente. La tumeur apparaît quelques heures après l'opération, augmente peu à peu, devient piriforme. Son extrémité la plus grosse est située en bas, à cause du sang qui cherche les parties déclives, et pend entre les cuisses. Elle est plus ou moins molle

et fluctuante au centre, selon la quantité de sang épanché.

Chez quelques malades, la percussion anime la masse d'une sorte de tremblotement que, dans un cas, Gosselin put apercevoir à l'œil.

L'absence de transparence est complète en tous les points.

Dans les jours qui suivent l'accident, la tumeur, un peu diminuée, semble plus molle. On éprouve, en la palpant, une sensation plus ou moins nette de crépitation sanguine.

Faite à ce moment, la ponction de la tumeur peut ne rien donner. On a vu l'essai infructueux pratiqué chez notre opéré de hernie inguinale.

Plus tard, sa consistance devient assez ferme pour faire croire à une tumeur solide du scrotum.

La douleur peut exister et devenir même très vive dans le cas de distension brusque du scrotum. Elle simule en quelque cas de véritables coliques que Kocher expliquait par des contractions brusques du dartos.

Nos deux malades, observés à l'hôpital Saint-André, n'en ressentirent aucune et n'éprouvèrent qu'une sensation très supportable de gêne et de pesanteur dans les bourses.

Le diagnostic de l'hématome post-opératoire ne soulève point de grandes difficultés si ce n'est pour reconnaître dans quel espace a eu lieu l'épanchement sanguin.

Gosselin recherche la situation du testicule et fait de sa position en arrière et en dedans et de sa mobilité la marque de l'hématome extra-vaginal.

Dans l'épanchement intra-vaginal le testicule est compris dans la masse de la tumeur.

Cependant on a vu l'erreur de Weiss qui, trouvant un testicule complètement englobé, fait le diagnostic d'hématocèle vaginale et constate, pendant l'opération, un épanchement extra-vaginal, entourant le testicule de tous côtés.

Pour Sébilleau, « la forme régulière de la tumeur et l'enfouissement du testicule dans celle-ci » indiquent l'hématome intra-vaginal.

L'épaississement de la paroi par l'infiltration sanguine rend parfois délicate la recherche du testicule. Il faut essayer dans ce cas de déterminer sa situation en éveillant par une palpation un peu énergique la sensation spéciale de douleur testiculaire.

Lorsque la tumeur est d'une fluctuation nette et facile à mettre en évidence, quand le tremblottement existe et que les doigts explorateurs n'ont, entre la collection sanguine et eux, qu'une mince paroi, on se trouvera en face d'un hématome de l'espace scrotal pouvant coïncider avec un épanchement de l'espace paravaginal par une fissure de la membrane fibreuse.



CHAPITRE V

Évolution clinique et traitement de l'hématome post-opératoire

D'une manière générale l'hématome se termine d'une façon favorable et plus ou moins rapide. Ceci nous explique sans doute le petit nombre d'observations récentes qui relatent cet incident post-opératoire.

La masse du scrotum, d'abord de consistance un peu molle et fluctuante au centre, perd un peu de sa mollesse et de sa fluctuence et devient quelquefois excessivement dure.

Le scrotum diminue peu à peu de volume, indiquant une lente résorption du sang épanché, tandis que l'ecchymose passe par toutes les teintes habituelles.

La résorption peut ne jamais devenir complète et le scrotum conserver indéfiniment une tumeur molle ou dure qu'il faudra extirper plus tard.

Velpeau cite un cas pour lequel, cinq semaines après la formation de l'hématome, il dut inciser une tumeur d'où s'écoula un liquide noirâtre.

Plusieurs semaines après l'incision d'une hydrocèle vaginale, Sébilleau et Descomps ouvrirent un hématome scrotal qui n'avait marqué jamais aucune tendance à la régression.

Des complications peuvent survenir sur ces hématomes persistants qui s'infectent, deviennent un foyer purulent s'étendant parfois à toute la région et se développant en un phlegmon diffus de tout le scrotum.

« C'est surtout, écrit Sébilleau, après les opérations prati-

quées dans la zone périgénitale (varicocèle, hernie inguinale) que la formation de ces hématomes du scrotum prend une grande importance.

» Les épanchements de sang forment un excellent milieu de culture pour les micro-organismes; on voit donc le rôle qu'une hémostase imparfaite peut jouer et joue en réalité dans la suppuration d'un foyer opératoire, du reste difficile à panser et à maintenir rigoureusement propre. »

L'hématome volumineux, distendant les bourses à l'extrême, peut entraîner une complication nouvelle : la destruction mécanique de la peau par la pression de l'épanchement et l'ouverture des bourses et c'est encore à Sébileau que nous empruntons le passage suivant :

« Cet accident se serait certainement produit chez un petit malade à qui l'un de nous a pratiqué, il y a quelques années, la cure radicale du varicocèle, si on n'avait pas tari par une intervention rapide la source de l'hémorragie. Trois heures après l'opération, l'enfant était en proie à de vives douleurs. Le scrotum était extrêmement tuméfié et le sang qui, en s'infiltrant au travers des mailles du tissu cellulaire, avait fusé jusque dans le pli inguinal, formait une tumeur plus grosse qu'un œuf de dinde; le pénis était dans un état de priapisme très douloureux.

» On dut ouvrir largement, nettoyer le champ opératoire rempli de gros caillots et faire sur les vaisseaux qui saignaient plus de quinze ligatures.

» A la vérité, ces gangrènes mécaniques n'ont plus la gravité qu'elles présentaient autrefois. Le sphacèle, quand il se produit, reste limité et n'a point de conséquences fâcheuses à moins d'une altération de la santé générale ou d'une infection ultérieure du foyer : il ne fait que retarder le moment de la guérison définitive. C'est un accident évitable auquel il faudra toujours penser. »

Le traitement doit s'inspirer de ces remarques. Préventif, il consistera en la recherche des hémophiles chez les futurs opérés et en une hémostase très soignée, très attentive, aidée,

aussitôt l'opération terminée, par un pansement un peu compressif.

Curatif, il s'efforcera d'aider tout d'abord à la résorption complète de l'épanchement, de la hâter ensuite et, si elle ne fait aucun progrès, de l'obtenir par une intervention nouvelle.

Puisque la résorption lente est un mode fréquent d'évolution de l'hématome, il est sage de toujours essayer de l'obtenir. Il existe quelques moyens de la rendre plus rapide.

Tout d'abord le malade sera maintenu au lit, le scrotum soulevé par un coussin placé entre les cuisses.

On a préconisé la glace contre la douleur. Elle calme, en effet, et possède, en outre, disent Baudens et Curling, le pouvoir de garder plus longtemps le sang à l'état limpide et de faire se contracter les fibres du dartos. Il en résulte une compression susceptible d'être de quelque utilité.

Cette compression est difficile à exécuter au scrotum à cause de l'absence de point d'appui. Malgré cette difficulté, il faut essayer d'y parvenir par l'emploi d'un suspensoir bien rempli de coton et bien ajusté.

La pression provenant du sang qui fait irruption sous les parois du scrotum sera combattue par celle effectuée par les parois inextensibles du suspensoir.

Baseil fait remarquer qu'il ne faut pas employer la glace chez les vieillards. Il recommande d'essayer chez eux, les lotions chaudes qui amènent une dilatation des vaisseaux et une plus grande activité de la circulation.

Il est indispensable de veiller au parfait état de la peau du scrotum. Toute érosion, même minime, pouvant servir de porte d'entrée à une infection, doit toujours éveiller l'attention et être traitée avec la plus grande sollicitude.

« Sous l'influence de ce traitement, écrit Jamain, on voit le gonflement disparaître mais l'ecchymose persiste; elle s'étend même en surface. On observe d'ailleurs dans cette région tous les phénomènes que l'on remarque à la suite des infiltrations sanguines, c'est-à-dire absorption graduelle du

sang d'autant plus rapide que les sujets sont plus jeunes et plus vigoureux; ainsi est-elle très longue chez les individus de mauvaise constitution ou affaiblis par l'âge et les maladies. »

L'observation de notre jeune malade, seulement traité par le repos complet au lit et le soutènement du scrotum, confirme l'opinion de Jamain.

Mais convient-il d'attendre trop longtemps la disparition d'un épanchement très lent à se résorber ?

Jamain donne le conseil d'intervenir « si, au bout d'un certain temps, on n'obtenait plus rien d'un traitement convenable ou s'il survenait des accidents inflammatoires qui puissent faire redouter la formation d'un abcès ».

D'après lui, l'incision simple de la poche hématique donne de bons résultats.

« L'incision de la poche hématique a été souvent pratiquée mais avec des résultats qui ont varié avec l'espèce de l'hématocèle. Ainsi si l'on peut dire que l'hématocèle traumatique réclame l'incision, on peut dire aussi que cette opération est moins favorable dans l'hématocèle spontanée.

» Sur onze malades affectés d'hématocèle de la tunique vaginale, tenant soit à une contusion des bourses, soit à une hémorragie consécutive à une ponction de l'hydrocèle, nous avons trouvé onze cas de succès. »

Et c'est également l'avis de Sébilleau qui écrit :

« On dit que la compression favorise la résorption des épanchements sanguins; aussi a-t-on coutume, le malade ayant été mis au repos, de relever le scrotum et de soutenir celui-ci par un suspensoir rempli d'ouate, par un caleçon de bain ou encore par un bandage en crêpon de Velpeau.

» Quelques praticiens appliquent un pansement humide, des compresses dites par habitude résolutives.

» Au début, un sachet de glace calme parfois les douleurs d'une manière efficace. Il sera prudent d'interposer une double épaisseur de flanelle car les téguments du scrotum sont très fragiles.

» A moins qu'il ne s'agisse d'un très petit hématome, la thérapeutique raisonnable est celle-ci : ouvrir, déterger, suturer sans drainage.

» Si, appelé près d'un malade, quelques heures après l'accident, le chirurgien constate que la tuméfaction augmente d'une manière évidente, que la tension du scrotum prend des proportions inquiétantes pour la vitalité des bourses, si le malade souffre, il n'y a pas à hésiter : il faut ouvrir, enlever les caillots, fouiller le foyer de l'hémorragie, découvrir le vaisseau qui saigne et en pratiquer la ligature.»

CONCLUSIONS

I. — L'hématome du scrotum est un accident possible, mais actuellement rare, après les cures radicales des varicocèles, des hydrocèles et des hernies inguinales.

II. — Sa formation est due à une insuffisance de l'hémostase au cours de l'opération.

L'hémophilie explique certains cas où le défaut d'hémostase échappe à notre observation.

III. — Son évolution est le plus souvent bénigne pour les épanchements de petit volume. Les hématomes rapides et très volumineux font courir aux téguments le danger de gangrène et peuvent occasionner d'interminables suppurations.

Ils retardent beaucoup la guérison du malade.

IV. — La résorption complète s'obtient par le repos, une légère compression et des pansements humides chauds.

L'hématome post-opératoire à marche envahissante nécessite une nouvelle intervention dont le but sera de rechercher et de lier les vaisseaux qui saignent.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président :

J. GUYOT.

VU :

Le Doyen :

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 24 décembre 1923.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- J.-L. PETIT. — Œuvres chirurgicales.
- CLOQUET. — Dictionnaire de médecine, art : Hématocèle.
- PELLETAN. — *Clinique chirurgicale*, tome III.
- JAMAIN. — Hématocèle du scrotum. Thèse d'agrégation.
- SÉBILEAU et DESCOMPS. — Maladies des organes génitaux de l'homme. Traité de chirurgie.
- WEISS. — Hématome pariétal du scrotum consécutif à une ponction d'hydrocèle. *Revue Médicale de l'Est*, Nancy, 1897.
- FIDON. — Deux variétés cliniques d'hématome scrotal. *Marseille Médical*, 1910.
- OKINCZIE. — Hydrocèle et hématocèle. *Journal de médecine interne*, Paris, 1911.
- RAMOS (C.). — Des ruptures de l'hydrocèle vaginale. *Journal d'urologie médicale et chirurgicale*, 1917.
- JACOB (O.). — Du varicocèle. Son traitement chirurgical. *Revue de chirurgie*, Paris, 1919.
- GAMBARDELLA. — Moyen pour éviter la tuméfaction des bourses après l'incision de l'hydrocèle. *Semaine Médicale*, 1899.
- NICAISE. — Traitement de l'hydrocèle par le décollement et l'excision de la tunique vaginale. *Revue de chir.*, 1888.
- BASEIL. — Hématome du scrotum. Thèse Nancy, 1890.
- WICKHAM. — « De la cure radicale du varicocèle par la résection du scrotum. » Thèse Paris, 1885.
- FISTIÉ. — « De la cure radicale du varicocèle. » Thèse Nancy, 1889.
- HOUDÉ. — « Des différents traitements de l'hydrocèle et en particulier de l'éversion de la vaginale. » Thèse Paris, 1900.

- PELLÉ. — « Contribution à l'étude de la rupture de la tunique vaginale dans les hydrocèles. » Thèse Nancy, 1914.
- NORY. — Ruptures d'hydrocèle traumatiques et spontanées. Thèse Paris, 1910.
- BARRAL. — Du traitement chirurgical de l'hydrocèle. Thèse Lyon, 1896.
- LARMANDIEU. — Du traitement chirurgical de l'hydrocèle et en particulier de l'éversion de la vaginale. Thèse Paris, 1904.
- LEMICHEZ. — De l'hématocèle paravaginale. Thèse Paris, 1897.
-

